



TITLE:

孤立性腎嚢腫の1例 (附: 統計的観察)

AUTHOR(S):

江藤, 耕作; 鈴木, 卓

CITATION:

江藤, 耕作 ...[et al]. 孤立性腎嚢腫の1例 (附: 統計的観察). 泌尿器科紀要
1968, 14(7): 396-400

ISSUE DATE:

1968-07

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/119892>

RIGHT:

孤立性腎囊腫の1例（附 統計的観察）

久留米大学医学部泌尿器科学教室（主任：重松 俊教授）

江 藤 耕 作
鈴 木 卓SOLITARY CYST OF THE KIDNEY: REPORT OF A CASE
AND STATISTICAL OBSERVATION OF NINE CASES

Kōsaku Etō and Takashi Suzuki

From the Department of Urology, Kurume University School of Medicine

(Chairman: Prof. S. Shigematsu, M. D.)

This is a report of solitary cyst of the kidney recently experienced with a statistical observation of 9 cases of solitary renal cyst collected at the Urological Clinic of Kurume University Hospital during last 13 years (1958-1967).

In addition, a review of available literature has been presented with comments on symptomatology, diagnosis and treatment.

緒 言

腎は臓器中最も囊腫を形成し易いといわれており、孤立性腎囊腫は決してまれな疾患ではない。しかしその原因、分類については未だ定説はなく種々論じられている。私達は最近本症を1例経験したので、1958年からの教室症例8例を加え若干の考察を試みた。

症 例

中○原某，47才，女，会社員。

初診：1968年1月12日。

主訴：右側腹部痛，血尿。

家族歴・母が子宮癌で死亡したほかには特記すべきことなし。

既往歴：36才のとき，卵巣囊腫で手術を受けた。性病は否定。

現病歴：約1カ月前，右側腹部痛とともに軽度の血尿に気づき，某病院泌尿器科を受診し，右腎下垂症と診断された。血尿は2～3日で消失したが，右側腹部痛が続くので当科を受診した。

入院時所見

現症：体格中等度，栄養良好，眼瞼結膜はやや貧血

性，呼吸器循環器系に異常はない。右腎は下極をわずかに触れるが左腎は触れない。

下腹部に正中切開の瘢痕があるほかは異常を認めない。血圧 110/75 mmHg。

検査成績

尿所見：淡黄色透明，蛋白(－)，糖(－)，ウロビリノーゲン正常。膀胱鏡所見：膀胱容量 200 ml 以上，膀胱粘膜正常，尿管口左右対称，青排泄左右ともに正常，血液所見：Hb 62% (ザーリー)，赤血球 289×10^4 ，白血球 8,000，出血時間 開始 7 分，終了 20 分，赤沈 1 時間値 30mm，2 時間値 74mm，血清電解質正常，血清総蛋白 7.0g/dl，A/G 比 1.04，肝機能正常。腎機能：BUN 9.8mg/dl，creatinine 1.4g/dl，PSP 試験 15 分値 49.0%。血清梅毒反応陰性。

X線所見

腎部単純撮影：結石陰影，石灰化像を認めない。

排泄性腎盂造影および逆行性腎盂造影：右上腎杯の圧迫および腎杯憩室らしき陰影を認める。しかし囊腫と腫瘍の鑑別はつかない。

腎動脈撮影：定型ではないが腎動脈より分枝した腎内動脈の curving, circling がみられ，nephrogram でも上極より上に突出した淡い陰影がみられ，囊腫を疑わしめる像を示している。

以上の検査より右孤立性腎囊腫の診断のもとに1968

年2月2日に手術を行なった。

手術所見．全身麻酔下で右腰部斜切開で後腹膜腔に達するに，腎は容易に剥離可能で上極から突出した表面菲薄で茶褐色の光沢を示す囊腫を認めた．しかし腎実質は大部分正常な外観を示していたので囊腫壁をできるだけ鈍的に剥離切除し，創面を腸線で縫合した．術後経過は順調で18日目に全治退院した．

囊腫内容液は約 200ml，茶褐色，蛋白(++)，赤血球(+)，白血球(+)，異型細胞(-)であった．

病理組織学的所見．やや線維性被膜に被われ，内面は移行上皮に被われた囊腫形成がみられる．腎実質の一部では thyroid-like area がみられ，尿細管拡張，細動脈硬化，リンパ球の浸潤がみられる．

考 按

病因：本症の発生原因については定説はなく，先天性説および後天性説に大別されているがそのいずれに属するか不明のことが多い．

Hinman (1937) は水腎杯の囊腫様の状態，病因の明らかな寄生虫囊腫，腫瘍性囊胞を除外して腎囊胞疾患を定義し，囊胞腎と単純性囊胞に分類している．

囊胞腎

単純性囊胞

- (1) 多発性貯溜性小囊胞
- (2) 孤立性囊胞
 - i) 漿液性 ii) 血性
- (3) 多発性ないし多房性大囊胞

発生頻度：落合・柿崎（1950）が東大病理学教室における2,000例の剖検の結果40例(2%)に拇指頭大ないしそれ以上の大きさの単純性腎囊胞を認めその大部分は多発しており，全例とも生存時には囊胞による症状を認めていなかったと述べている．

性別・年齢：欧米では Hepler (1930) のいうごとく男76例，女169例と女に多いと記載しており，本邦でも高安・近藤（1955）は男12例，女29例と女に多いと述べている．しかし瀬川ら（1960）の報告では男に多く，植松（1958），巾ら（1962）は男女に著しい差はないと記載している．私達の症例では男7例，女2例と男に多くみられた．年齢は諸家の報告に一致し30～60才に圧倒的に多い．

患側：欧米の統計では右側が多く，本邦でも

巾の統計では右側がやや多くなっているが，高安・近藤，有木ら（1955）は左側が多いと記載している．私達の症例では右5例，左4例と左右差はみられなかった．

発生部位：腎下極に発生するのが最も多く，本邦の報告でも有木ら70%，高安・近藤49%，瀬川ら45%と下極の発生が多い．しかし私達の症例では上極が多くなっているが症例が少ないので何ともいえない．

臨床症状：患者の主訴には一般に特有な症状はなく，血尿，腹部腫瘍，腎部重圧感ないし疼痛など，二次的圧迫症状であることが多い．

診断：本症には腎囊胞特有な症状，所見がなく主として圧迫症状である関係上，腹腔内腫瘍と診断されることが多く，術前における確定的な診断は困難とされている．しかし最近はレ線学的検査の進歩とともに，後腹膜腔気体注入法，動脈造影法などが容易に行なわれるようになり，レ線所見および臨床症状から術前診断は比較的容易となってきた．

i) 単純撮影法：腎囊腫の場合本法によってしばしば囊腫の影像を得ることがある．すなわち囊腫内容液貯溜により囊腫と思われる部分の影像が淡く homogenous に描出され，これが診断の助けになる．

ii) 静脈性腎盂造影法，後腹膜腔気体注入法兼逆行性腎盂造影法：本法によって腹腔内腫瘍と区別し得ると同時に腎腫瘍の有無を確かめることができる．しかしこれだけでは腎囊腫かあるいは腎腫瘍であるか鑑別することは困難であり，さらに診断を確実にするために腎動脈造影法がある．

iii) 腎動脈造影法：本法は発生部位の不明の腹腔内あるいは後腹膜腔腫瘍などの場合や，腎盂造影法で診断上疑いのある場合に施行される．腎囊腫の場合には，腎動脈は腎門部より腎実質内に向かって腎内分枝の走行が腫瘍部で周辺に押されている像すなわち curving, circling を示し，かつ囊腫部の nephrogram はうすく homogenous に描出されているのが腎囊腫の特徴で腎腫瘍との鑑別になる．腎腫瘍の場合は定型的な腎動脈像としていわゆる pooling, laking あるいは pudding がみられ，これ

Table 教室症例（1955年～1968年2月）

症 例	性	年令	患側	蛋白	血尿	青排泄	主 症 状	囊 腫 位置	単 発 多 発	治 療	予 後
1	男	59	右	—	+	遅延薄	血 尿	下	単	腎 摘	全 治
2	女	31	左	+	+	正 常	血尿, 排尿痛	上	〃	部分切除	〃
3	男	50	右	—	—	〃	右側腹部痛	上中下	多	腎 摘	〃
4	男	39	左	—	—	〃	視力障害	上	単	〃	〃
5	男	56	右	—	—	右遅延	発熱, 尿意頻数	上	〃	囊腫切除	〃
6	男	64	左	—	—	—	発熱, 排尿痛	中	〃	腎 摘	〃
7	男	71	右	—	—	—	発 熱	上中下	多	〃	〃
8	男	54	左	+	+	—	血尿, 排尿痛	上中下	〃	〃	〃
9	女	47	右	—	—	正 常	血尿, 右側腹部痛	上	単	囊腫切除	〃

は病的に新生された多数の不規則な腫瘍血管の示す像であり、腎囊腫には決してみられない。すなわち血管構造の有無が腎囊腫と腎腫瘍との鑑別の要点である。

治療：

i) 保存的療法：Ainsworth & Vest (1951), Lindbloom (1952) は自覚症状のない場合、軽度な腎機能障害あるいは造影像に著変のない場合には保存的に処置すべきであると述べている。その方法には囊腫内容の経皮的穿刺法、穿刺後50% glucoseを注入または洗浄をする方法、穿刺後カテーテルを留置する方法などがあるが、本邦ではほとんど行なわれていない。しかし Young (1926), Cabot (1936) は腎に腫瘤を発見した場合は必ず手術を行なうべきであり、悪性腫瘍の存在の有無を確かめ得ぬ経皮的穿刺法は絶対に行なってはならないといっている。

ii) 外科的療法：Lurz u Lurz (1935) は本症の手術適応として囊腫の発育が著明で圧迫症状の強い場合、血尿の高度の場合および腎実質の圧迫性萎縮、破壊の認められる場合をあげ、囊腫の大きな場合には囊腫壁切除、小さい場合には囊腫を含む楔状切除、さらに機能を保持している腎部が少ないと考えられる場合には腎摘除術を施行している。Shivers & Axilrod (1958) は腎表面に膨出している囊腫壁を切除し、残存せる腎実質側の囊腫壁をphenolで腐蝕せしめているが Scott (1954) は phenol で腐蝕する必要はないとして囊腫壁切除のみを行なっている。

本邦では高安・近藤 (1955) の報告にみられるごとく腎摘除術が85%以上に施行されてお

り、腎の部分的切除あるいは囊腫壁切除例は少ない。

しかし高安・近藤は囊腫内容が血性で悪性腫瘍合併の可能性が疑われる場合、患腎の機能がほとんど廃絶して残しても無意味な場合以外は腎摘除術は慎むべきであると述べている。

一般に囊腫の発生部位、腎機能障害の程度、腎合併症の有無、囊腫の数、大きさ、他側腎の状態および患者の一般状態に応じて手術術式を選択すべきである。しかし悪性腫瘍のない限り腎はなるべく保存的治療が推奨される現在では腎摘除術は極力避けるべきである。

結 語

私達は最近、孤立性腎囊腫の1例を経験したので教室過去13年間の8例を加え統計的観察を行ない、症状、診断、治療について若干の文献的考察を加えた。

稿を終えるに当り、御校閲を賜った恩師重松教授に深謝します。

文 献

- 1) Ainsworth & Vest: J. Urol., 66: 740, 1951.
- 2) 有木・牛尾: 臨床皮泌, 9: 379, 1955.
- 3) 落合・柿崎: 日泌尿会誌, 41: 86, 1950.
- 4) 栗原ら: 臨床皮泌, 17: 641, 1963.
- 5) Schivers & Axilrod: J. Urol., 79: 363, 1958.
- 6) 瀬川ら: 臨床皮泌, 14: 373, 1960.
- 7) 高安・近藤: 日泌尿会誌, 46: 466, 1955.
- 8) 津川ら: 臨床皮泌, 19: 389, 1965.
- 9) 巾ら: 泌尿紀要, 8: 397, 1962.

(1968年4月18日受付)

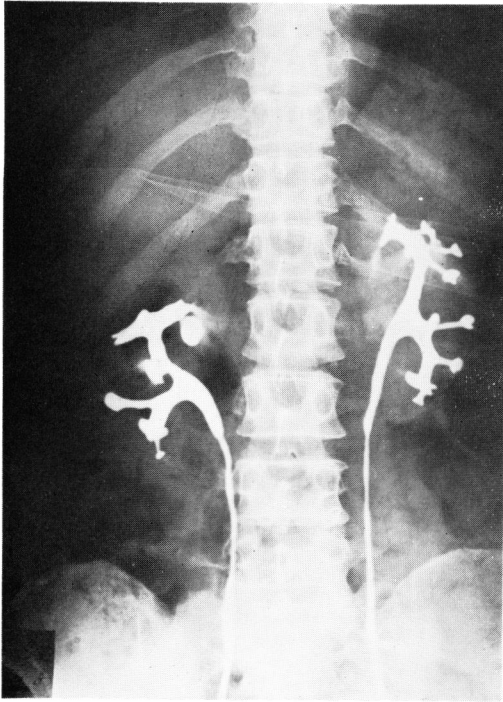


Fig. 1 術前R P

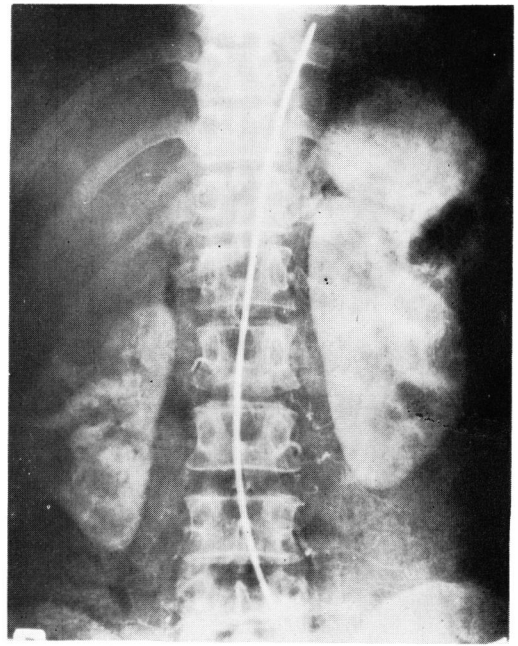


Fig. 3 nephrogram

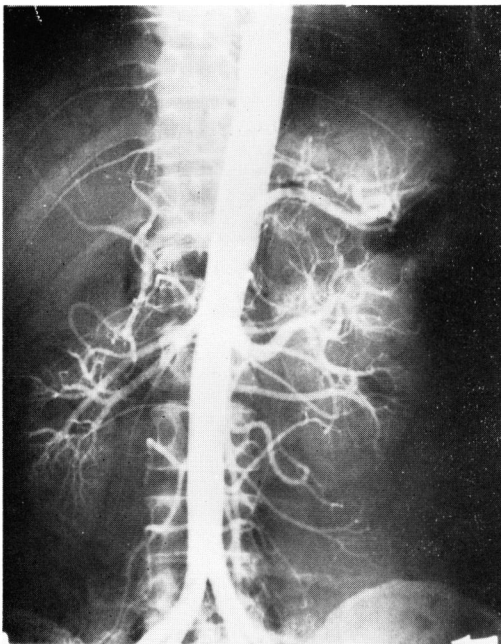


Fig. 2 腎動脈造影

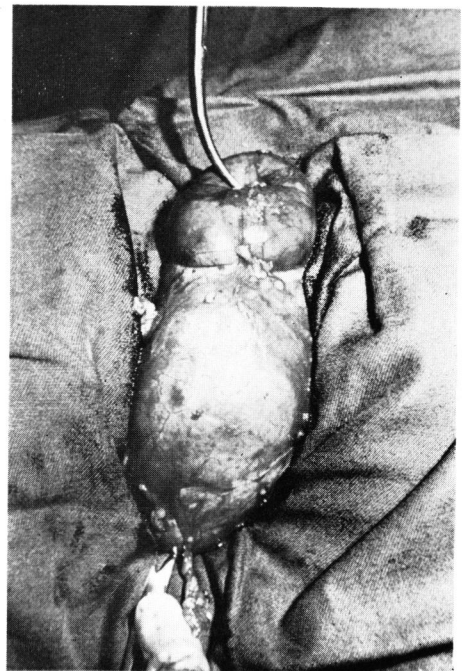


Fig. 4 術中所見



Fig. 5 摘出標本

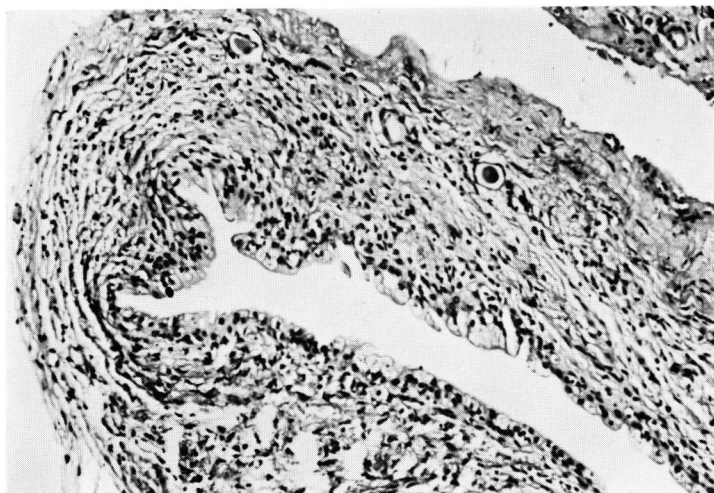


Fig. 6 表面は線維性被膜に被われ内面は移行上皮に被われている。

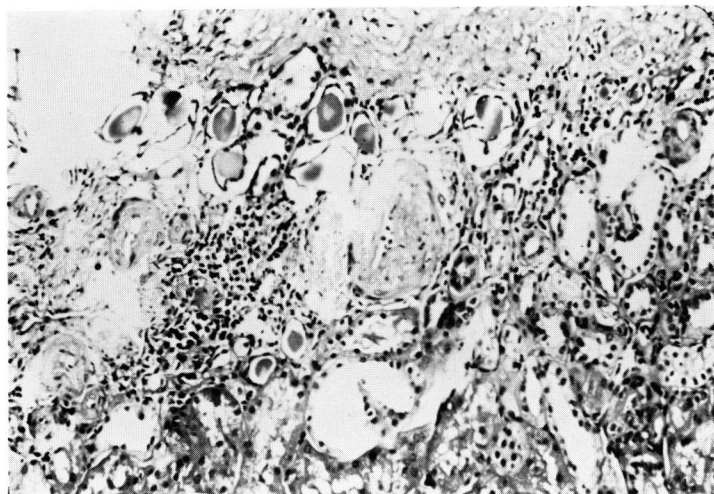


Fig. 7 腎実質の一部では甲状腺様所見を示し尿管拡張，細動脈硬化，リンパ球浸潤がみられる